OPERAZIONI CHIRURGICHE

ESEGUITE

NELLA CLINICA DI BOLOGNA

dal Maggio 1888 all' Agosto 1890

DAL

Dottor ALESSANDRO CODIVILLA

ASSISTENTE

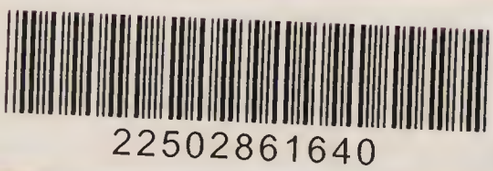
BOLOGNA

Tipografia Gamberini e Parmeggiani

—

1890

WELLCOME
LIBRARY
General Collections
P
3504



22502861640

OPERAZIONI CHIRURGICHE

ESEGUITE

NELLA CLINICA DI BOLOGNA

dal Maggio 1888 all' Agosto 1890

DAL

Dottor ALESSANDRO CODIVILLA

ASSISTENTE

BOLOGNA

Tipografia Gamberini e Parmeggiani

—

1890

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30480292

Pubblico tutte le operazioni di qualche importanza, che dal Maggio 1888 all' Agosto 1890 mi è occorso di praticare nella Clinica Chirurgica di Bologna. E ciò faccio allo scopo di portare pure il mio contributo allo studio statistico, che in questi ultimi anni si cerca di compiere, per trarre da esso un giusto criterio sul vero valore e sulle indicazioni dei diversi atti operatorii.

Tralascio soltanto di accennare in questa mia raccolta alle piccole operazioni, che ogni giorno si eseguono nel numeroso ambulatorio e nelle Sale della Clinica, quando non abbiano presentato sotto qualche rispetto uno speciale interesse, o nelle stesse non siano insorte complicazioni, che abbiano modificato l' esito, che loro suole comunemente seguire. All' infuori di queste circostanze speciali sulle piccole operazioni, cui alludo, la statistica ha ben poco da dire.

È certo che in tal modo non figureranno fra questi miei casi un grande numero di *guariti,* che avrei potuto mettere facilmente insieme, se avessi cogli altri atti operatorii, che giudico abbastanza importanti accumulato in un unico fascio, ad es. molte spaccature d' ascessi acuti, molte riduzioni di fratture e lussazioni ecc.; ma, mi è sembrato che ciò avrebbe potuto benissimo rendere *numerosa* questa raccolta, ma per contrario ne avrebbe diminuito o nascosto il suo giusto valore.

Le operazioni che saranno descritte sono in numero di 93 e così distinte:

Operazioni autoplastiche nella regione della faccia	N. 4	Vedi	(Oss. 1, 2, 6, 7).
Amputazioni:			
di coscia	« 1	«	(Oss. 76).
di gamba	« 2	«	(Oss. 83, 83).
d'avambraccio	« 1	«	(Oss. 60).
Disarticolazioni di dita	« 5	«	(Oss. 64, 66, 68, 69, 88),
Resezioni:			
di grandi articolazioni (anca, ginocchio, gomito)	« 4	«	(Oss. 29, 70, 71, 79).
del mascellare superiore . . .	« 1	«	(Oss. 8).
del mascellare inferiore. . . .	« 1	«	(Oss. 9).
dei metacarpi	« 1	«	(Oss. 63).
del perone	« 1	«	(Oss. 81).
di costole			
a) per processi tubercolari .	« 2	«	(Oss. 16, 17),
b) per empiema (Op. d'Estlander, Schede)	« 3	«	(Oss. 21, 23, 27).
di costole e dello sterno . . .	« 1	«	(Oss. 20).
Toracotomie per empiema . . .	« 6	«	(Oss. 21, 22, 24, 25, 26, 27).
Laparotomie:			
per echinococco del fegato . .	« 1	«	(Oss. 29).
per cisti ovarica	« 1	«	(Oss. 54).
per sarcoma della parete addom.	« 1	«	(Oss. 30).
per ascesso pelvico	« 1	«	(Oss. 28).
Enterorafia	« 1	«	(Oss. 31).
Incisioni uretro-perineali:			
per infiltrazione d'urina . . .	« 2	«	(Oss. 32, 43).
per ricerca di corpo estraneo .	« 1	«	(Oss. 33).
Uretrotomie esterne	« 2	«	(Oss. 42, 44).
Uretroplastica	« 1	«	(Oss. 43).
Uretrotomie interne e dilatazioni continue dell'uretra.	« 8	«	(dall'Oss. 34 alla 41).
Bottoniera dell'uretra (reg. peniena)	« 1	«	(Oss. 45).
	N. 53		

Riporto N. 53

Raschiamento ed escisione della vaginale del testicolo	« 3	«	(Oss. 48, 49, 50).
Orcheotomia	« 1	«	(Oss. 51).
Op. dell' ipospadia (1° tempo del metodo Duplay)	« 1	«	(Oss. 46).
Spaccature d' ascesso da **perinefrite**	« 1	«	(Oss. 53).
Op. per cura d' **ascessi intramastoidei:**			
Taglio alla Wild	« 2	«	(Oss. 3, 4).
Svuotamento dell'apofisi mastoide	« 1	«	(Oss. 5).
Asportazione di glandole degenerate			
a) nel collo	« 5	«	(Oss. 10, 11, 12, 13, 14).
b) nella cavità ascellare . .	« 3	«	(Oss. 18, 19, 55).
Brisement forcé per contrattura			
a) del gomito.	« 2	«	(Oss. 57, 58).
b) del ginocchio	« 1	«	(Oss. 59).
Osteotomia per ginocchio valgo .	« 1	«	(Oss. 80).
Sequestrotomia	« 2	«	(Oss. 72, 74).
Osteorafia	« 1	«	(Oss. 85).
Tenorafia.	« 1	«	(Oss. 61).
Riduzione di lussazioni e di fratture **aperte**	« 3	«	(Oss. 56, 65, 77).
Escisione di vene varicose			
nel varicocele	« 1	«	(Oss. 51).
nella varici dell' arto inferiore .	« 1	«	(Oss. 84).
Innesti epidermici alla Thiersch	« 2	«	(Oss. 64, 87).
Spaccatura d'ascessi tubercolari ed **escisione** della parete	« 6	«	(Oss. 15, 62, 73, 75, 78, 86).
Spaccature di raccolte flemmonose ed ascessi da pioemia	« 2	«	(Oss. 66, 67).

N. 93

Il numero dei casi è un po' inferiore (88) a quello delle operazioni (93), perchè su alcuni individui sono stati eseguiti più d' un atto operatorio.

Su questi 88 figurano 4 morti, uno dei quali (oss. 42) è morto per un' affezione insorta qualche tempo dopo la guarigione dall' atto operatorio. Gli altri (oss. 21, 29, 70) erano in tristissime condizioni quando vennero operati.

Dei casi rimanenti la maggior parte sono *guariti* o *migliorati ;* pochi non hanno ottenuto *alcun miglioramento.*

Raccolgo le osservazioni in gruppi secondo le diverse regioni, nelle quali le operazioni sono state eseguite. Quindi :

Operazioni sulla regione

della Testa

del Collo

del Torace

dell' Addome (organi genito-urinari)

dell' Arto superiore

dell' Arto inferiore.

TESTA

1. — Petazzoni Luigi di Bologna, d' anni 19. Marmista.

Gravi ferite e lacerazioni profonde alla faccia ed alla lingua. Fratture dell' estremità inferiore, dei radii d' ambo i lati.

Plastica, suture e drenaggio della regione soprajoidea. Riduzione delle fratture ed immobilizzazione.

Il giorno 8 maggio 1889 cadde dall' altezza di 10 metri. Delle molte lesioni violenti riportate, ecco le più gravi: Il labbro inferiore e le due guancie erano completamente distaccate fino alla branca montante della mandibola dalle loro inserzioni su di questa, la quale si trovava così del tutto denudata nella sua faccia esterna dalle parti molli. In quasi tutta la regione soprajoidea la cute era separata dall' aponeurosi cervicale. Il labbro inferiore per un buon tratto era diviso sulla linea mediana. Una ferita lacero-contusa distaccava in totalità il labbro superiore dalle regioni di impianto delle pinne nasali e del setto. Ferita trasversale della lingua, che la divide completamente nella sua metà anteriore per due terzi circa.

Frattura dell' estremo inferiore del radio da ambo i lati.

Fu operato d' urgenza. Dopo un' accurata disinfezione fu suturata la ferita della lingua con seta a punti staccati, che la trapassavano in massa. Fu asportata la porzione del labbro superiore profondamente contusa e dopo recentazione dei lembi, ed incisioni nelle parti molli vicine per guadagnare del tessuto, che potesse occludere la

breccia, venne eseguita la sutura. Sutura della ferita del labbro inferiore. Dopo ciò fu fatta un' incisione cutanea alla regione soprajoidea, sulla linea mediana, e rimesso il largo lembo a posto sopra la mandibola, con una stretta fasciatura lo si immobilizzò contro quest' osso, allo scopo che le soluzioni di continuo intrabuccali potessero riunirsi, e che fosse tolta l' ampia comunicazione fra la bocca e la sacca soprajoidea, della quale la larga spaccatura rendeva possibile un facile scolo di liquidi. Immobilizzazione colle stecche delle fratture dei radii.

Riunione rapida delle parti suturate, e dopo una suppurazione di breve durata dalla sacca soprajoidea, chiusura anche del canale di scolo di questa. Non resta alcuna deformità, nè alterazione di funzione nelle parti lese.

Esce dall' Ospedale il 1° giugno 1889.

2. — Martinelli Carlo di Pizzocalvo (Bologna), di 10 anni. Scolaro.

Vasta lacerazione alla guancia e al labbro superiore sinistro.

Plastica e sutura (29 ottobre 1889).

È caduto da un alto albero su di una siepe. Presenta una profonda lesione violenta alla faccia. I tessuti compresi fra la rima palpebrale e la labiale di sinistra sono divisi completamente da una soluzione di continuo, profonda fino all' osso. Essa incomincia nella palpebra inferiore subito all' esterno del punto lagrimale e discende verticalmente lungo il solco naso-iugale e sul labbro. Il mascellare superiore è denudato completamente dalle parti molli fino alla regione malare e pterigoidea. Il vasto lembo è profondamente contuso ne' suoi margini.

Recentazione dei bordi della ferita, asportando le parti mortificate; per mettere a contatto i margini, è ne-

cessario distaccare la cute dal naso e stirarla verso l' esterno. Sutura profonda e superficiale. Qualche punto sul fornice della mucosa boccale. Fasciatura compressiva.

Guarigione rapida.

3. — Bonini Camillo di S. Giorgio di Piano (Bologna), d' anni 35. Colono.

Otite media acuta. Ascesso intramastoideo a destra.

Taglio del Wild (28 marzo 1890).

Guarigione.

4. — Aldrovandi Andrea di Bologna, di 48 anni. Armarolo.

Otite media acuta. Ascesso intramastoideo a destra.

Taglio del Wild (15 aprile 1890).

Guarigione.

5. — Tassoni Antonio di Castel S. Pietro, di 36 anni. Colono.

Ascesso intramastoideo da otite media acuta a sinistra.

Svuotamento e drenaggio dell' apofisi mastoidea (20 aprile 1890).

Guarigione.

Nei due primi casi il pus aveva perforato la parete ossea anteriore dell' apofisi mastoide e l' apertura fatta nell' osso era ampia. Non fu quindi necessario dilatarla maggiormente, e bastò così l' incisione alla *Wild.*

Nel 3° caso i sintomi gravi richiesero rapidamente l' apertura delle cellule mastoidee. Venne eseguita collo scalpello nella porzione esterna dell' apofisi.

Raschiamento della cavità e drenaggio.

6. — Sarti Gaetano di Budrio, di 52 anni. Colono.

Carcinoma al labbro inferiore.

Asportazione e cheiloplastica (27 maggio 1889).

Guarigione.

Il tumore prendeva buona parte del labbro, e coll' asportazione questo venne tolto quasi in totalità. Il labbro fu ripristinato per mezzo delle guancie secondo il metodo di *Burow*.

La guarigione fu rapida. Il tumore non si è riprodotto (1° agosto 1890).

7. — Lucchi Pietro di Serravalle, d' anni 69. Possidente.

Carcinoma alla cute del naso con erosione dello scheletro.

Asportazione del tumore e rinoplastica alla Burow (18 novembre 1889).

Guarigione.

8. — Masotti Vincenzo di Ferrara, di 54 anni. Muratore.

Epitelioma al mascellare superiore destro, diffuso alla regione pterigoidea.

Resezione del mascellare superiore (17 novembre 1889).

Guarigione.

Il tumore, che aveva incominciato, a quanto pare, dal seno mascellare, aveva rapidamente invaso tutto l' osso e si era diffuso alla regione malare e pterigoidea. Alla regione malare formava una grossa bozza, quanto un uovo di tacchino. L' infermo soffriva forti nevralgie. Fu adottato il taglio alla *Blandin*, che permetteva meglio degli altri di isolare il tumore. L' asportazione dell' osso fu eseguita colle forbici e tanaglie osteotome. Fu pure enucleata una porzione del neoplasma alla regione pterigoidea e cauterizzato col *Paquelin* il fondo.

Emorragia secondaria grave, che rende necessario il

togliere i punti di sutura: si giunge a prendere una grossa arteria colla pinzetta. Sutura secondaria del lembo. Riunione completa e rapida.

L' infermo esce guarito il 5 dicembre 1889.

9. — Guidotti Enrico di Bologna, d' anni 31. Calzolaio.

Seni fistolosi alla regione parotidea e sottoioidea laterale destra, da osteomielite tubercolare della mandibola.

Spaccatura dei seni e raschiamento. Resezione parziale del mascellare inferiore (porzione del corpo e della branca montante) (10 agosto 1889).

Guarigione.

COLLO

10. — Collina Emma di Bologna, d' anni 16. Scatolara.

Linfomi iperplastici alla regione sottomascellare e parotidea del lato destro.

Asportazione (2 ottobre 1889).

Guarigione.

Furono asportate attraverso due incisioni, l' una che dall' apofisi mastoidea discendeva per un buon tratto lungo il margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo e l' altra alla regione sottomascellare parallela ad una piega cutanea, un buon numero di glandole linfatiche iperplastiche (circa 15), alcune delle quali grandi quanto un uovo di gallina. I tumori esistenti nella regione parotidea vennero asportati dalla incisione lungo lo sterno-cleido-mastoidèo, scollando dal didietro al davanti la cute; e ciò fu fatto allo scopo di togliere il danno, che una cicatrice sulla faccia avrebbe potuto apportare alla cosmesi, e di allontanare la possibilità del taglio dei rami del nervo facciale. Riunione completa in 8 giorni.

Guarigione senza deformità.

11. — Rossi Augusto, di Bologna, d' anni 15, falegname.

Grossa glandola linfatica tubercolare alla regione sottomascellare destra.

Asportazione, 19 aprile 1890.

Guarigione.

12. — Proni Luigia, di Cento, d'anni 21, L. D.

Glandole linfatiche iperplastiche alla regione sottomascellare destra.

Asportazione di quattro tumori, uno dei quali grosso quanto un uovo di gallina, dalla loggia della glandola sottomascellare. 9 luglio 1890.

Guarigione.

13. — Dozza Elisa, di Bertalia, d'anni 19, contadina.

Glandole linfatiche tubercolari alla metà superiore della regione dello sternocleidomastoideo di sinistra.

Asportazione, 8 luglio 1890.

Guarigione.

14. — Piana Linda, di Budrio, d'anni 14, orlatrice.

Linfosarcomi maligni del collo.

Asportazione.

Miglioramento.

Da pochi mesi avevano incominciato a tumefarsi le glandole della regione sopraclavicolare. La tumefazione, che aumentò rapidamente, si diffuse pure tosto ad una grande quantità di glandole linfatiche di tutta la metà sinistra del collo e della nuca, come pure ingrossarono notevolmente quelle della regione parotidea. Tali regioni erano deformi per l' enorme tumefazione. Si avevano già segni di compressione sui vasi del collo. Furone praticate il giorno 9 luglio 1890 due ampie incisioni cutanee, l' una dall' apofisi mastoidea lungo la linea di confine fra il collo e la

nuca; l' altra parallela allo sternocleidomastoideo sul suo bordo interno. Mediante queste due ampie breccie mi fu possibile di asportare la maggior parte delle glandole infiltrate (vedi osservazione X^a) sia anteriormente e sotto lo sternocleidomastoideo, sia posteriormente nella regione cervicale. Alcune furono enucleate, altre tolte a pezzi; molte si trovavano assai profondamente sotto lo sternocleidomastoideo in contatto coi grossi vasi. Così si asportarono circa 30 glandole. L' inferma è tuttora nella Clinica ed è molto migliorata. La notevole deformità è in gran parte tolta, e non esistono più segni di compressione. Però è apparsa qualche altra glandola ingrossata. Le soluzioni di continuo sono già riunite (5 agosto).

TORACE

15. — Scorzoni Ida, di Bologna, d' anni 37, L. D.

Ascesso tubercolare alla regione sottoclaveare ed ascellare sinistra.

Spaccatura, escisione della parete dell' ascesso, il giorno 5 novembre 1889.

Guarigione.

La raccolta di pus, che rendeva assai tumefatta la regione sottoclavicolare, si estendeva pure in basso fino all' ascella. La spaccatura fu fatta lungo l' intestizio fra deltoide e gr. peltorale ed attraverso l'interstizio si passò per raggiungere la sacca. Per i rapporti coi grossi vasi riescì laboriosa l' escisione della parete, che però si compì quasi in totalità. La cavità fu zaffata con garza al iodoformio.

16. — Guidotti Enrico, di Bologna, d' anni 31, calzolaio.

Ascesso tubercolare alla regione mammaria del lato sinistro; carie della 4^a e 5ª costola.

Spaccatura, escisione della parete dell' ascesso. Resezione delle due costole. 12 agosto 1889.

Guarigione.

17. — Golfieri Roberto, di Bologna, d' anni 18, fabbro.

Ascesso tubercolare alla regione mammaria sinistra. Carie della 3ª costa.

Spaccatura, escisione della parete dell' ascesso. Resezione della costola, 21 marzo 1890.

L' ascesso si trovava sotto il m. gran pettorale, che fu inciso lungo la direzione delle sue fibre.

Guarigione.

18. — Monterumici Alfredo, di Medicina, d' anni 22, scolaro.

Seno fistoloso al torace da tubercolosi retrosternale, al lato destro.

Resezione della 5ª e 6ª cartilagine costale e di parte del corpo dello sterno. Raschiamento, escisione delle pareti del focolaio tubercolare il 10 maggio.

Guarigione.

Era stato operato varie volte di raschiamento superficiale del seno fistoloso e da due anni esisteva l' affezione. Mediante l'asportazione delle cartilagini costali prossime al tramite fistoloso e di porzione dello sterno si ottenne una breccia larga, che permise di dominare bene il focolaio tubercolare. Fu asportata la sostanza caseosa ed escise le pareti della sacca. Si tamponò con garza e iodoformio. Un mese e mezzo dopo, chiusura completa della soluzione di continuo.

19. — Calzoni Virginia, di Loiano, d' anni 52 contadina.

Carcinoma recidivato alla mammella sinistra, diffuso alle glandole ascellari dello stesso lato (6 febbraio 1890).

Asportazione della mammella, svuotamento dell'ascella.
Guarigione.

20. — Donnini Maria, di Castel d' Aiano, d' anni 58, massaia.

Carcinoma della mammella sinistra diffuso all'ascella dello stesso lato.

Asportazione della mammella e svuotamento della cavità ascellare. (21 luglio 1890).

Guarigione.

In questo caso e nel precedente non furono posti i tubi a drenaggio. Colla garza nel cavo ascellare fu spinta la cute contro le parti profonde. Il braccio venne obbligato sul tronco. Fu eseguita una sola medicatura 12 giorni dopo, e tolti i punti si riscontrò la ferita completamente riunita. Le inferme uscirono in 15ª giornata dopo l' operazione.

21. — Ricci Luigi, di Sossomalare, d' anni 28, calzolaio.

Empiema necessitatis pulsans al lato sinistro.

Toracotomia il 28 maggio 1889. *Resezione della parete toracica. Raschiamento e tamponamento del cavo pleurico* l' 11 agosto 1889.

Morte il giorno 21 settembre 1889.

Era da 4 anni affetto da pleurite suppurativa a sinistra, non stata diagnosticata e molto male curata. La metà sinistra del torace era notevolmente aumentata di volume e due grosse bozze pulsanti erano comparse nella regione inferiore di questa. Il cuore pulsava sotto e in fuori della papilla mammaria destra. L' infermo era dispnoico, molto pallido, denutrito, con edema ai piedi. Dapprima si svuotò la cavità pleurica con un taglio nel 10° spazio intercostale sulla ascellare posteriore (bozza pulsante) e si estrassero

8 litri circa pus di buona apparenza. Fu applicato il drenaggio permanente a sifone della cavità pleurica per circa 5 giorni. Si ebbe un notevole miglioramento nei primi mesi dopo l'operazione. Il cavo poteva ancora contenere circa 3 litri di liquido. In seguito incominciò dal grosso tubo a drenaggio ad uscire col pus un'abbondante quantità di sangue, in gran parte raggrumato. Tali emorragie si ripeterono ad accessi ogni 2 o 3 giorni e la quantità del sangue era molto notevole. Si tamponò il seno fistoloso, si eseguirono lavature emostatiche nel cavo pleurico, ma il sangue si raccoglieva identicamente in cavità e l'infermo si andava vieppiù indebolendo. Decisi allora di aprire ampiamente la cavità suppurante. Mediante un lungo taglio a Z scoprii larga parte dello scheletro del torace. Resecai lunghi pezzi di osso in 8 costole, dalla 2ª alla 9ª compresa; tagliai in croce la pleura e per mezzo dell'ampia breccia raschiai il cavo pleurico e lo tamponai con una grande quantità di garza al iodoformio. Si arrestarono così le emorragie, ma la suppurazione continuò in gran copia. Era necessario rinnovare la medicatura spesso, ed il dolore ed i traumi su organi di tanta importanza indebolivano l'infermo. Morì un mese e mezzo dopo l'atto operatorio con sintomi di degenerazione amiloide nei diversi visceri addominali.

22. — Branzanti Alfredo, di Perugia, d'anni 24, dottore in medicina.

Fistole toraciche croniche da empiema a sinistra. Ritenzione di pus.

Toracotomia; raschiamento e drenaggio del cavo pleurico il 6 settembre 1889,

Molto migliorato.

23. — Isidori Teresa, di Porto S. Giorgio, d'anni 26, Lav. domestici.

Fistola toracica cronica da empiema a sinistra. Ritenzione di pus.

Resezione di costole. Drenaggio ampio, multiplo della cavità. 22 gennaio 1890.

Guarigione.

La donna era affetta da più di un anno da empiema del cavo pleurico di sinistra. La marcia si era fatta strada verso l' esterno, passando attraverso la parete toracica del 2° spazio intercostale e nel 6° in vicinanza dello sterno. Le due bozze vennero spaccate dal chirurgo: la superiore aveva sollevata la mammella ed era stata diagnosticata per un ascesso acuto sottomammario, non dipendente dall' affezione pleurica. Non fu drenaggiata la cavità. L' inferma fu accolta in Clinica molto denutrita e febbricitante: dai due seni fistolosi scolava poco pus fetido. Benchè l'affezione fosse vecchia e la compressione sul polmone avesse agito per lungo tempo, volli tentare il semplice drenaggio ampio e multiplo della cavità. Raschiai allora i seni fistolosi, e per eseguire ciò nel seno fistoloso, che decorreva sotto la mamella, fui costretto a sollevare un lembo semicircolare di cute insieme a tutta la glandola. Giunsi così di sotto in sopra fino al 2° spazio intercostale, nel quale raschiai il tramite di comunicazione colla cavità della pleura. Asportai allora 3 pezzi di costola. Dapprima uno anteriormente della 6ª e, tagliata la pleura, attraverso la breccia, introdussi due dita della mano sinistra (indice e medio) e fui in grado di sentire così posteriormente il punto più declive della cavità, in corrispondenza del quale resecai circa 6 cm. della 7ª e dell'8ª costola. La cavità conteneva un litro circa di marcia ed era della capacità di un litro e mezzo.

Scomparve la febbre e la cavità si rinchiuse nel periodo di 2 mesi e $^1/_2$. Ho ricordato questa storia perchè dimostra come in qualche caso, anche quando la compressione sui visceri toracici abbia agito per lungo tempo (un anno) e la cavità sia ampia, il drenaggio, purchè sia largo e procuri uno scolo facile alla marcia, e le lavature antisettiche possono portare la guarigione, senza bisogno di asportare grandi porzioni dello scheletro del torace.

24. — Umberto Cassani, di Bologna, d'anni 5, scolaro.
Pleurite purulenta a sinistra.
Toracotomia. 4 novembre 1889.
Guarigione.

25. — Caselli Luigi, di Bologna, d' anni 28, cameriere.
Polmonite acuta e pleurite purulenta saccata a sinistra.
Toracotomia. 6 febbraio 1890.
Guarigione.

26. — Radagni Francesco, di Pianoro, contadino.
Empiema del cavo pleurico sinistro comunicante coi bronchi.
Toracotomia il 9 maggio 1890.
La cavità conteneva tre litri di pus circa. Dopo venti giorni dall'atto operatorio esce in ottime condizioni di nutrizione generale, ma con un seno fistoloso al torace, comunicante con una sacca pleurica della capacità di 500 gr.

27. — Martucci Mariano, di Bologna, d'anni 15.
Pleuro polmonite cronica. Pleurite suppurata saccata alla regione posteriore destra del torace.
Toracotomia. Resezione di costola il 2 agosto 1890.
Notevole miglioramento.

Nelle osservazioni 24ª, 25ª, 26ª, sono state eseguite soltanto semplici aperture e drenaggio delle cavità pleuriche suppuranti. L'apertura è caduta di solito nel 7° e 8° spazio intercostale nella linea ascellare posteriore. In questi come nel caso 20° nei primi giorni dopo l'operazione il tubo a drenaggio era fatto pescare in un vaso posto in un piano più basso di circa $^1/_2$ metro dal livello del letto. É bastata sempre la semplice toracotomia in uno spazio intercostale e l'apertura non fu ristretta per l'addossamento successivo delle costole.

Nelle Oss. 26ª e 27ª tutto lascia sperare in una guarigione completa. Nell' ultima osservazione è da notare, che l' infermo era in tristissime condizioni; da mesi con febbre alta e considerevole denutrizione. La spaccatura si dovette fare in questo caso, causa la situazione della sacca purulenta, nell' 8° spazio intercostale, in corrispondenza dell' angolo scapolare inf. e causa la vicinanza del punto d' attacco delle coste alla colonna vertebrale la retrazione consecutiva della parete toracica ha fatto sovrapporre le costole e reso necessaria la resezione di porzione dell' 8ª costola. Dopo quest' ultima operazione la febbre è scomparsa del tutto.

ADDOME

28. — Salvatori Emma, di Bologna, di anni 24, Lav. Dom.

Ascesso tubercolare profondo alla fossa iliaca del lato destro da malattia di Pott.

Laparatomia. Svuotamento del cavo ascessuale e sutura della parete dell' ascesso alla ferita addominale. Drenaggio e lavatura della cavità peritoneale. Corsetto di Sayre.

Guarigione.

Importante come caso di drenaggio della cavità del peritoneo. Per dare adito all' esterno alla marcia dovetti aprire il cavo peritoneale e durante lo svuotamento dell' ascesso certamente entrò pus in cavità, come lo mostrarono i segni di peritonite acuta, che seguirono immediatamente l' operazione. La parete dell' ascesso era stata suturata alla ferita addominale e drenaggiata, con tubo permanente a sifone. Nella cavità peritoneale furono pure posti due larghi tubi a drenaggio, mediante i quali venivano eseguite mattina e sera lavature, con acqua bollita e soluzione allungata di acido borico. I sintomi della peritonite scomparvero in cinque giorni ed una settimana dopo l' operazione venne tolto il drenaggio dalla cavità peritoneale. Un mese dopo si chiuse pure il seno fistoloso comunicante colla sacca ascessuale e l' inferma uscì guarita dalla Clinica. Sono rimasti i disturbi dipendenti da un lieve grado di sfiancamento della cicatrice, là dove esisteva la comunicazione colla cavità del peritoneo. Una fascia elastica basta per mantenere a posto i visceri.

29. — Salderi Augusto, di Monterenzio, di 25 anni. Colono.

Cisti d' echinococco suppurate al fegato. Laparatomia, svuotamento di una cisti, asportazione della parete cistica, il 23 Novembre 1889.

Morte.

L' infermo venne trasportato in Clinica in pessime condizioni. Da 40 giorni aveva febbre alta con brividi e grave itterizia. Era emaciato, incosciente, con polso filiforme ed irregolare e dispnea. Notevole tumefazione dell' addome. Liquido libero in cavità. Un grosso tumore rotondo, fluttuante, impiantato in alto sotto l' pocondrio sinistro occupava quasi tutta la metà sinistra dell' addome e parte della destra. Fu diagnosticata una grossa cisti

idatidea del lobo sinistro del fegato, suppurata: e si decise l' operazione di urgenza. Stante le condizioni gravissime dell' infermo non si cloroformizzò e lo si operò sul suo letto di sala. In certi momenti non si giungevano a sentire le pulsazioni alla radiale. L' operazione fu fatta rapidamente. Taglio di 10 cm, a due dita di distanza e parallelo all' arco costale di sinistra. Si apre la cavità peritoneale ed esce un litro circa di liquido ascitico. Tamponamento all' intorno della cisti con flanelle bollite. Col trequarti dello Spencer Wells si svuotò la cavità cistica; ne uscì un liquido purulento fetido. Afferrando la parete cistica colla pinza di Nèlaton si asporta in gran parte dal cavo addominale. Con una larga incisione la si vuota completamente e si raccolgono 7 litri di pus. Escisione della porzione di parete cistica che esce dalla ferita addominale. Sutura della stessa agli strati della parete addominale (peritoneo, muscoli e cute). Drenaggio. Due ore dopo, l' infermo si è riavuto completamente dal collasso postoperatorio. Alla sera si trova relativamente in buone condizioni generali. Il giorno dopo la temperatura è normale; il polso e il respiro buoni. In 3ª giornata è colto da brivido forte; la temperatura sale a 40° e la sera avviene la morte.

All' autopsia si riscontra un' altra grande sacca di pus al lato destro, situata posteriormente. Nel fegato disseminate qua e là un gran numero di cisti idatidee, delle quali la maggior parte suppurate. La sostanza epatica notevolmente indurita. Nessun segno di peritonite. Non emorragia cavitaria.

30. — Bortolotti Luigi, di Bologna di 55 anni suonatore.

Fibrosarcoma della parete addominale, diffuso al peritoneo parietale.

Laparatomia. Resezione della parete dell' addome.

Guarigione.

Da circa 20 anni è affetto da tumori multipli della parete addominale. Questi tumori hanno invaso a poco a poco quasi tutta la parete, e pare abbiano origine dal connettivo sottocutaneo, o dalla aponeurosi del grande obliquo e dal foglio superiore della guaina dei muscoli retti. Alcuni, raggiunto un certo volume, restarono stazionari e in parte anzi vennero riassorbiti. All'esame istologico questi hanno l'apparenza dei fibromi. Altri invece rapidamente acquistano un grosso volume, fanno aderire la pelle, che viene infiltrata dalla neoplasia e nei punti, sui quali l'attrito è maggiore, si esulcerano. Prima di entrare ultimamente nella clinica, è stato operato due volte di asportazione delle masse neoplastiche. Due mesi sono l'infermo vide alla regione ombelicale svilupparsi rapidamente un tumore, che in breve raggiunse il volume di un uovo di gallina. Incominciò dal centro di una cicatrice, residua dell'ultima operazione eseguita, e si difuse ben tosto attorno all'ombellico.

Fu operato il giorno 15 luglio 1890. Il tumore, seguendo profondamente la cicatrice ombellicale, aveva invaso il tessuto preperitoneale e la sierosa. Si aprì allora la cavità peritoneale e venne tolta via in massa la porzione di parete alterata. Si eseguì la sutura a strati e in diverse direzioni. Il peritoneo si suturò in direzione orizzontale; il foglio profondo della guaina dei muscoli retti in direzione verticale; così pure la sutura muscolare e apneurotica superficiale. La cute fu suturata orizzontalmente, ed i bordi della ferita, che a causa delle precedenti operazioni e dell'asportazione di notevole quantità di cute infiltrata dalla neoplasia erano molto allontanati, furono ravvicinati a forza colla sutura incavigliata.

L'esame istologico ha mostrato trattarsi di fibrosarcoma. In 12ª giornata la riunione era completa, e fino ad oggi la parete addominale nella parte operata si è mantenuta solidamente riunita.

31. — Francesco Bolognesi, d' anni 24, di Fusignano birocciaio.

Fistola intestino-ombellicale. Sutura della soluzione di continuità dell' intestino, previa recentazione dei bordi.

Sutura a strati della parete dell' addome, 23 luglio 1890.

Dopo tre giorni si ripristina il tramite di comunicazione dell' intestino coll' esterno.

Malattie degli organi Genito-Urinari.

32. — Pasquali Innocenzo, di Bentivoglio, 50 anni, bracciante.

Contusione profonda allo scroto ed al perineo. Rottura dell' uretra. Infiltrazione d' urina.

Incisioni profonde e multiple allo scroto ed al perineo. Siringa a permanenza, 9 Maggio 1889.

Guarigione.

Due giorni prima di entrare nella clinica ricevette un forte colpo alla regione perineale. Ebbe uretrorragia, e ritenzione completa d' urina. Fu tentata la siringatura dal medico condotto, che non riescì. Dopo due giorni di ritenzione completa con una notevolissima tumefazione dello scroto e del perineo fu mandato nella Clinica.

D' urgenza eseguii alcune incisioni profonde nel perineo e nello scroto che lasciarono uscire urina, sangue e brandelli di tessuto necrosato. Mi riescì di passare una siringa N. 12 (inglese) che lasciai a permanenza. Dopo 30 giorni guarigione completa.

33. — Panterla Giuseppe, di Bologna, di anni 50. Cuoco.

Ferita da punta alla regione perineale con rottura dell'arma nello spessore dei tessuti. Ferita dell' uretra.

Incisione perineale. Asportazione del corpo estraneo. Siringa a permanenza. 10 aprile 1888.

Guarigione.

Cadde sopra un cappello di donna nel quale trovavasi une spillone a pugnale. Quest' arma si infisse profondamente nel perineo e si ruppe. Uretrorragia. Per mezzo di una larga incisione alla regione perineale mi venne fatto di trovare il corpo estraneo (5 cm. di lunghezza) e di estrarlo. Siringa a permanenza che tolsi 6 giorni dopo.

34. — Costa Ugo di Bologna, di 36 anni. Panattiere.

Restringimenti uretrali.

Uretrotomia interna (5 ottobre 1889).

Guarigione.

35. — Bortolotti Pompeo di Cesena, d' anni 69. Possidente.

Restringimenti uretrali; ipertrofia prostatica. Cistite cronica.

Dilatazione continua alla Thompson. Irrigazione endovescicale al nitrato d' argento (16 novembre 1889).

Guarigione dei restringimenti e della cistite.

36. — Baratta Paziente di Bologna, d' anni 72 anni. Bracciante.

Restringimento uretrale traumatico. Ritenzione incompleta. Atonia vescicale. Cistite cronica.

Dilatazione continua. Cateterismo ripetuto. Irrigazioni endovescicali al nitrato d' argento (febbraio 1890).

Esce guarito del restringimento. Migliorato della ritenzione incompleta e della cistite.

37. — Rocca Giuseppe, di Granarolo, di anni 60, calzolaio.

Restringimenti uretrali.

Dilatazione continua, uretrotomia interna, 14 marzo 1890.

Guarigione.

38. — Borella Gaetano di Treviso, di 33 anni, sottoufficiale di fanteria.

Restringimenti uretrali.

Urètrotomia interna, 14 marzo 1890.

Guarigione.

39. — Paladini Rinaldo, di Bologna, di 30 anni, impiegato.

Restringimenti uretrali.

Dilatazione continua, 26 aprile 1890.

Guarigione.

40. — Rizzi Gaetano, di Bologna, di 38 anni, cuoco.

Restringimenti uretrali.

Uretrotomia interna, 27 aprile 1890.

Guarigione.

41. — Mecozzi Goffredo, di Ancona, di anni 26, impiegato.

Restringimenti uretrali.

Uretrotomia interna, 18 maggio 1890.

Guarigione.

Nelle 8 osservazioni precedenti si trattava di restringimenti uretrali, che potevano superarsi facilmente colle candelette comuni più sottili, o colle minugie. Nel primo caso, a meno che non si avesse a che fare co 'estringe-

menti dell' uretra peniena, o della navicolare, si è ricorso alla dilatazione continua alla Thompson. Per solito in 4 o 5 giorni al più, si giungeva a lasciare a permanenza una siringa n.° 11 (inglese) e dopo la dilatazione era permanente. Solo nella Oss.ne 37a si ripristinò rapidamente il restringimento, e quindi si eseguì l' uretrotomia interna. Nessuna complicazione ha seguito le uretromie interne, se si eccetua un'ematuria molto probabilmente da ferita dell'uretra posteriore nel caso n.° 41. L'ematuria durò un sol giorno. Dopo, tutto decorse normalmente.

42. — Gandolfi Luigi, di Monte S. Pietro, d'anni 63, zappatore.

Ritenzione incompleta ed incontinenza da restringimenti uretrali.

Uretrotomia esterna sul conduttore endouretrale. — Uretroperineorafia, 30 marzo 1890.

Guarigione.

L' infermo muore dopo qualche tempo nell' Ospedale per una peritonite da ascesso perirettale.

43. — Peroni Italo, di 35 anni, di Bologna, impiegato.

Restringimenti uretrali. Ritenzione completa ed infiltrazione d' urina.

Incisioni multiple e drenaggio permanente della vescica.

Seno fistoloso alla regione perineale.

Spaccatura, uretroplastica, uretroperineorafia.

Guarigione.

44. — Mariani Claudio, di Bologna, d'anni 59, canepino.

Restringimenti uretrali insuperabili.

Colorazione preventiva dell' uretra.

Uretrotomia esterna senza conduttore. Uretroperineorafia.

Guarigione.

La storia dettagliata dai casi 42, 43, 44, ed alcune considerazioni si trovano nella memoria. « Colorazione preventiva dell' uretra, ed uretroperineorafia nell' uretrotomia esterna », comunicata alla Società Medico-Chirurgica di Bologna nella seduta del 30 giugno 1890.

45. — Fabbri Gaetano, di Comacchio, di 57 anni, canepino.

Stenosi uretrale da epitelioma del pene diffuso alle glandole linfaliche inguinali d' ambo i lati, non asportabile. Ritenzione completa d' urina.

Bottoniera uretrale alla regione peniena al disotto della stenosi. Siringa a permanenza, 28 marzo 1890.

Guarigione della ritenzione.

46. — Romagnoli Gustavo, di Loreto, di 22 anni, impiegato.

Ipospadia scrotale.

Primo tempo dell' operazione del Duplay, 20 maggio 1890.

È tolta quasi totalmente la curva notevole a concavità in basso, che il pene era costretto a prendere durante l' erezione.

47. — Orsi Giovanni, di Bologna, di anni 69, fiaccheraio.

Cistite cronica dolorosa.

Cistotomia perineale, e drenaggio della vescica, 26 marzo 1889.

Miglioramento.

Era da un anno affetto da disturbi gravi della min-

zione: urinazione frequentissima di giorno e di notte, dolorosa. A cagione delle forti contrazioni spasmodiche dei muscoli addominali, che accompagnavano ogni minzione, si era formata un' ernia inguinale voluminosa d' ambo i lati. Nell' urina molto pus, ma mai sangue. Nè all'esame cistoscopico, nè coll' esplorazione vescicale, non era stato possibile riconoscere la cagione della grave cistite. Eseguii allora la cistotomia perineale allo scopo di compiere, come ha insegnato Thompson, l' esplorazione digitale diretta della vescica e di drenaggiarla ampiamente. Anche questo mezzo d' esame non fece riconoscere alcun segno degno di nota.

Il drenaggio della vescica fu mantenuto per un mese circa. durante il quale l' infermo migliorò notevolmente. Furono pure eseguite instillazioni e lavature con soluzioni al nitrato d' argento.

L' infermo è pure tuttora sofferente.

48. — Mascagni Paolo, di Montorio, di 56 anni, contadino.

Vaginalite cronica emorragica, secondaria ad idrocele del lato destro.

Spaccatura. Raschiamento della vaginale. Sutura e drenaggio, 21 luglio 1889.

Guarigione.

49. — Parisini Paolo, di Bologna, di 50 anni, canepino.

Idrocele idiopatico antico al lato destro.

Escisione della vaginale, 24 febbraio 1889.

Guarigione.

50. — Pasinati Giovanni, di Bologna, di anni 32, muratore.

Idrocele idiopatico antico al lato sinistro.

Escisione della vaginale, 18 maggio 1890.

Guarigione.

In questi due casi (n.° 49, 50) di idrocele, nei quali erano già stati tentati molte volte i mezzi incruenti di cura, ma senza frutto, eseguii l'escisione della vaginale fino rasente il testicolo (metodo Bergmann) ed al fine di rendere più facile, e più rapida la dissezione di questa membrana dagli stati sopraposti, isolai tutto il tumore formato dalla vaginale, ancora ripiena di liquido, dai tessuti, che lo attorniavano. Quando la cisti fu completamente isolata, allora soltanto fu incisa e svuotata, e dopo che ne fu esaminata per trasparenza la parete, al fine di non cadere col taglio sopra elementi importanti, escisa in gran parte. In tal modo l'operazione riescì rapidissima e facile. Non fu posto drenaggio, e fu eseguita una sola medicatura (10 giorni dopo): la riunione dei bordi della ferita era già completa.

51. — Zanasi Giuseppe, di Bologna, di anni 20, servitore.

Varicocele voluminoso al lato sinistro. Nevralgia ed incipiente atrofia del testicolo.

Escisione completa delle vene dilatate (Processo I. L. Petit), 3 agosto 1890.

L'infermo non ha avuto alcun disturbo dopo l'operazione; non è ancora stato medicato, e tutto lascia credere, che il risultato sarà soddisfacente.

52. — Tagliavini Giovanni, di Ancona, di 43 anni.

Tubercolosi dell'epididimo e testicolo destro diffusa agli involucri. Focolaio tubercolare della testa dell'epididimo sinistro.

Asportazione del testicolo destro e di buona porzione

del dotto deferente. Svuotamento e raschiamento del focolaio tubercolare del lato sinistro, 14 marzo 1889.

Guarigione.

Dopo asportato il testicolo sinistro, si incise il setto e gli involucri e si mise a nudo il testicolo destro. Si fece un taglio longitudinale sulla testa dell'epipidimo e si scoprì il focolaio tubercolare incapsulato in una membrana fibrosa. Si vuotò, e col cucchiaio tagliente fu raschiata la cavità. Sutura e drenaggio. La riunione completa avviene rapidamente e senza suppurazione.

53. — Ceroni Lorenzo, di Poggiale, di 65 anni, possidente.

Ascesso lombare a sinistra da perinefrite.

Spaccatura. Incisione profonda nella parete lombare. Drenaggio della cavità perirenale, 25 settembre 1890.

Guarigione.

L' infermo aveva sofferto spesso di coliche nefritiche. Da un mese dolore sordo, profondo alle regioni lombare ed ipocondriaca sinistra. In questo periodo a volte febbre con brividi. Nell' urina pus in copia. Con un largo taglio eseguito in senso trasversale sopra una bozza, che si rinveniva subito al disopra della cresta iliaca alla regione lombare sinistra, si dà adito ad un mezzo bicchiere circa di pus cremoso. Raschiate le pareti della sacca superficiale si riconosce esistere un largo canale di comunicazione coll' interno dell' addome, in corrispondenza del triangolo di Petit. Si taglia per l' estensione di circa 3 o 4 cm. in alto il muscolo trasverso ed il quadrato dei lombi e per la larga breccia, dalla quale esce una notevole copia di marcia, si esplora le sacca ascessuale che si sente dirigere verso l' alto ed occupare tutta la regione renale. Il dito può pure portarsi in basso verso la cavità del bacino. Lavatura prolungata con soluzione di sublimato all' 1 ‰

e drenaggio ampio delle due proporzioni della sacca. Sutura parziale dell'incisione cutanea.

Continua a scolare pus per circa dodici giorni, dopo i quali si tolgono i tubi a drenaggio. Chiusura completa in 17ª giornata.

54. — Bandini Lucia, di Predapia (Forlì), d'anni 28, tessitrice.

Cisti uniloculare dell' ovaio sinistro, volaminosa ed aderente.

Ovariotomia. Fissazione del grande omento alla parete addominale.

Guarigione.

ARTO SUPERIORE

55. — Umberto Gilberti di Bagnacavallo, d' anni 6.

Tubercolosi cutanea al palmo della mano sinistra e delle glandole linfatiche ascellari dello stesso lato.

Escisione del focolaio tubercolare al palmo della mano, e svuotamento dell' ascella (gennaio 1889).

Guarigione.

56. — Angelini Giovanni di Bologna, d' anni 60. Stalliere.

Frattura aperta dell' apofisi coronoide dell' ulna destra, e lussazione posteriore del gomito: ferite lacero-contuse multiple e profonde del braccio ed avambraccio dello stesso lato. Frattura comminutiva, composta, complicata a rotture delle parti molli della gamba sinistra.

Disinfezione accurata: riduzione della lussazione, escisione delle parti mortificate, ed immobilizzazione del

gomito coll' avambraccio in flessione a 90°. Immobilizzazione dell' arto inferiore fratturato in una doccia di Bonnét (23 giugno 1890).

Guarigione.

I movimenti del gomito sono molto limitati. la mano e l' avambraccio sono in buona posizione.

5.. — Polenta Vincenzo di Osimo, di 24 anni. Contadino.

Contrattura al gomito destro coll' avambraccio in estensione completa, da frattura del condilo dell' omero.

Flessione forzata sotto la narcosi cloroformica e massaggio (6 novembre 1889).

Guarigione.

58. — Zanforti Giuseppe di Chioggia, d' anni 48. Manuale ferroviario.

Contrattura del gomito sinistro coll'avambraccio esteso, da artrite traumatica.

Flessione forzata e massaggio (18 novembre 1889).

Guarigione.

In questo caso e nel precedente, contratture di antica data, si sperimentò la flessione forzata. Fu eseguita sotto la narcosi cloroformica e nel caso n. 57 fu immobilizzato il braccio nella doccia dell' osteoclaste di *Robin.* Credo tale pratica molto utile, poichè si riesce meglio a regolare la forza che si impiega per vincere la contrattura. Quando l' arto è tenuto fisso dagli assistenti difficilmente resta immobile e l' operatore non può riconoscere bene la direzione, nella quale deve fare agire il braccio di leva e per la difficoltà dell' immobilizzazione buona parte della forza va perduta. Anche nel 1° caso, nel quale le lesioni erano più gravi, fu vinta la deformità e l' infermo riebbe in gran parte la mobilità dell' articolazione.

59. — Serrazanetti Analena, di Bologna, di anni 9, possidente.

Anchilosi dell' articolazione del gomito sinistro coll' avambraccio in estensione ed in pronazione, da pregressa affezione tubercolore. Contrattura del ginocchio destro colla gamba di flessione (Angolo di 120°) da pregressa affezione tubercolare della sinoviale e periarticolare.

Resezione sottoperiostea del gomito. Immobilizzazione nella posizione di flessione.

Estensione forzata della gamba; massaggio. (29 luglio 1890).

In via di guarigione.

È ammalata da 4 anni; dapprima ammalò il ginocchio coi sintomi di dolore, tumefazione nella regione articolare, e nelle periarticolari, nelle quali si formarono ascessi che s' aprirono all' esterno: l' uno in alto sulla regione anteriore a 8 cm. circa dall' articolazione, l' altro in basso sulla stessa linea verticale e circa alla stessa distanza. Un anno dopo gli stessi sintomi al gomito sinistro. Qualche volta febbre. Stette così ammalata per due anni, dei quali la maggior parte passò nel letto. I sintomi acuti scomparvero a poco a poco. Rimasero però un notevole grado di flessione del ginocchio, ed il gomito in posizione rigidamente estesa. L' inferma non poteva camminare che colle stampelle. I muscoli degli arti affetti erano in un grado considerevole di denutrizione.

Fu eseguita la resezione del gomito col taglio longitudinale. Dopo avere scoperto coi raschiatoj largamente le ossa, collo scalpello si è sezionato trasversalmente il condilo dell' omero, che era notevolmente ingrossato ed era riunito per mezzo di sostanza ossea al capitello del radio pure ingrossato. La troclea e la porzione articolare dell' ulna erano rimpiccolite. Diviso il condilo dal radio fu facile flettere l' avambraccio sul braccio, e si potè così

continuare a distaccare la lamina periostea dall' osso. Mediante la sega del Larrey si tolse dai capi articolari tanta porzione d' osso quanta fu necessaria perchè l' avambraccio potesse formare col braccio un angolo di 90° e potesse mantenere la mano nella posizione intermedia fra la pronazione e la supinazione. Le ossa furono poste a contatto colla superficie di resezione, le quali a cagione della loro direzione, coll' avambraccio in flessione poterono combaciare in totalità.

Immobilizzazione ad angolo retto in una doccia di zinco. Medicatura 5 giorni dopo: la regione operata è in buonissime condizioni, dal drenaggio non esce che un pò di sangue.

In 10ª giornata l' inferma si alza e comincia ad appoggiarsi sul ginocchio ammalato, che pure è stato immobilizzato in una doccia metallica. Dopo la seconda giornata non ha avvertito più dolori alle parti operate. Non ha mai avuto febbre.

60. — Roda Benvenuto, di Budrio, di 35 anni, contadino.

Fratture comminutive delle ossa della mano sinistra e vaste lacerazioni e contusioni profonde delle parti molli, da scoppio d' arma da fuoco.

Amputazione dell' avambraccio al terzo inferiore.

Guarigione.

61. — Tonelli Pio, di S. Lazzaro, d'anni 24, contadino.

Profonda ferita da taglio diretta trasversalmente alla regione dorsale del terzo inferiore dell' avambraccio sinistro.

Incisione completa dei tendini estensori delle dita. Infrazione dell' ulna e del radio. Sutura dei iendini (10 luglio 1890).

Guarigione.

Il taglio aveva diviso tutti i tendini estensori delle dita, e l'arma era giunta fin sopra il legamento interosseo ledendo pure le ossa. I tendini furono pazientemente suturati uno ad uno, e chiusa completamente la ferita. Non ostante che si fossero osservate scrupolosamente le regole dell'antisepsi la ferita suppurò: si dovettero togliere i punti di sutura superficiali, e quelli dei tendini al catgut furono presto asportati dal pus insieme a lunghi pezzi (2 cm.) di tendini mortificati. Cicatrizzazione completa un mese dopo. Tuttavia il movimento delle dita è possibile ugualmente; non riesce però completa la flessione; i tendini hanno presa aderenza colla cicatrice.

Credo interessante questo caso, perchè prova come, anche quando lunghi tratti di tendini manchino ed i monconi di questi siano notevolmente lontani può ripristinarsi la funzione. Ciò molto probabilmente è dovuto al potere riparativo delle guaine sinoviali.

62. — Albertazzi Amedea, di Bologna, di anni 16, lav. dom.

Seni fistolosi da tubercolosi delle guaine sinoviali dei tendini estensori delle dita alla regione del polso sinistro.

Spaccatura, escisione delle parti molli affette e raschiamento.

Avviene la guarigione dopo che un seno fistoloso ha persistito per due mesi. Il movimento delle dita è rimasto alquanto inceppato.

63. — Magazzari Angelo, di Bologna, di anni 16, studente.

Frattura comminutiva aperta dei metacarpi del 5° e 4° dito da colpo d'arma da fuoco (Revolver).

Largo sbrigliamento della ferita; asportazione di tutto il 5° metacarpo, ridotto in frammenti in totalità, e di al-

cuni frammenti liberi del 4° metacarpo. Regolarizzazione delle superficie di frattura ed asportazione del proiettile, 10 giugno 1890.

Guarigione.

64. — Alvoni Giovanni, di Castelmaggiore, di 24 anni, fornaio.

Contusione e lacerazione profonda con frattura delle falangi delle dita indice e medio della mano destra. Vasta perdita di cute alla regione palmare della stessa mano.

Amputazione delle due dita e resezione parziale del 2° metacarpo. Plastica ed innesti epidermici, 22 novembre 1889.

Guarigione.

In questo caso a coprire la vasta perdita di sostanza della regione palmare si utilizzò un lungo lembo di cute tolta dalla superficie dorsale dell'indice asportato, la quale non era stata molto maltrattata dal trauma. Il resto della soluzione di continuo è stato riparato con innesti epidermici alla Thiersch.

La cicatrizzazione fu completa nel periodo di un mese dal trauma.

65. — Parenti Saturno, di Bologna, di 35 anni, facchino.

Ferita lacero contusa alla palma della mano destra. Lussazione anteriore dell'articolazione metacarpo-falangea dell' indice, medio ed annulare.

Riduzione e suture.

La larga ferita interessava la cute e l'aponeurosi, era in direzione trasversale e seguiva ad un dipresso la piega cutanea inferiore. Dalla ferita uscivano le estremità articolari delle falangi. Dopo eseguita la riduzione delle lussazioni e riuniti insieme con punti di sutura al catgut i

bordi dei legamenti capsulari trasversi, fu suturata pure la ferita cutanea, 12 giugno 1890.

Decorso del tutto asettico della ferita. Guarigione completa con funzione normale della parte.

66. — Raimondi Giovanni, di Castelfranco, di anni 58, falegname.

Flemmone all' indice ed al medio ed alla palma della mano sinistra ed all' avambraccio.

Ascessi metastatici in varie parti superficiali del corpo.

Disarticolazione falango-metacarpea dell' indice e del medio. Spaccature ampie delle raccolte di pus alla regione palmare della mano destra, all' avambraccio, alla regione sottoclavicolare e deltoidea della spalla sinistra, alla regione esterna della coscia dello stesso lato, 9 ottobre 1889.

Guarigione.

67. — Galloni Anna, di Praduro e Sasso, 38 anni, contadina.

Flemmone al dito indice ed alla palma della mano sinistra.

Lunga spaccatura del polpastrello dell' indice a tutta la palma della mano. Incisione trasversale interna della sola cute sulla palma della mano. Tamponamento con garza al sublimato dei focolai marciosi. Sutura secondaria delle ampie incisioni, 7 novembre 1889.

Guarigione, senza che siano rimaste deformità o rigidità nei movimenti della mano e delle dita.

68. — Piretti Alfonso, di Bologna, d'anni 15, scolaro.

Osteomielite tubercolare della prima falange e del metacarpo del mignolo della mano sinistra. Tubercolosi delle gl. linfatiche cubitali dello stesso lato.

Amputazione del mignolo ed estirpazione totale del suo metacarpo. Asportazione delle glandole degenerate, 6 luglio 1889.

Guarigione.

69. — Lambertini Enrica, di Caprara, di anni 16.

Osteomielite tubercolare della prima falange e del metacarpo dell' indice della mano sinistra.

Amputazione dell' indice e resezione parziale del metacarpo, 1 settembre 1888.

Guarigione.

ARTO INFERIORE

70. — Fantuzzi Arturo, di Bologna, d'anni 15, scolaro.

Tubercolosi dell'articolazione dell'anca sinistra; ascessi endo e peri-articolari. Seni fistolosi alla regione del grande trocantere ed alla parte interna della coscia. Ascesso pelvico e perforazione dell' acetabolo.

Resezione collo scalpello alla Volkmann della testa, del collo, e del grande trocantere del femore sinistro. Decorticazione dell' acetabolo. Drenaggio attraverso il cotile della cavità ascessuale pelvica svuotamento della diafisi del femore (15 ottobre 1889).

Morte il giorno 23 novembre 1889.

L' infermo era ammalato da 2 anni ed in pessime condizioni quando fu operato. Da parecchi mesi aveva febbre con brividi ed era notevolmente denutrito. L' arto si trovava in adduzione, ed il gr. trocantere spostato in sopra della linea Roser-Nélaton di tre cm. Fu praticata la resezione allo scopo di preparare una larga via di scolo al pus che ristagnava nelle cavità ascessuali ed era fetidissimo. Si trovò che il capo articolare era quasi totalmente

scomparso, il collo, il grande trocantere, il canale midollare della diafisi invase dal processo tubercolare. Perforato il fondo dell'acetabolo.

Le lesioni erano così profonde ed estese che anche la disarticolazione della coscia non lasciava speranza nella possibilità della guarigione. Perciò tutto si ridusse ad asportare alla meglio le parti, che apparivano maggiormente affette ed a preparare un facile scolo al pus. Furono drenaggiate così, previo raschiamento, le cavità ascessuali periarticolai, il canale midollare della diafisi del femore, l'ascesso pelvico attraverso il fondo dell'acetabolo, e la breccia formata dal taglio di Langenbeck fu lasciata aperta e per mezzo suo venne tamponato con garza iodoformica la cavità dell'articolazione.

L'arto fu mantenuto in buona posizione mediante l'estensione permanente.

L'infermo ebbe un qualche giorno di miglioramento dopo l'atto operatorio. e nella prima settimana la febbre mancò. Ma passato questo breve periodo, ritornarono la suppurazione profusa e la febbre; si presentarono sintomi di affezione polmonare ed intestinale. L'infermo morì un mese e mezzo dopo l'atto operatorio.

71. — Muzzi Armando, di Bologna, d'anni 7, scolaro.

Contrattura dell'anca sinistra in posizione di notevole flessione.

Resezione collo scalpello alla Volkmann (4 agosto 1890).

In via di guarigione.

Era da tre anni coll'articolazione contratta. Pare che l'affezione articolare incominciasse acutamente, con febbre alta e dolori vivi, che obbligarono il piccolo infermo al letto, nel quale rimase per tre mesi. Quando incominciò ad alzarsi dovette appoggiarsi alle gruccie.

Quando l' infermo venne operato, l'angolo di flessione della coscia sul bacino era molto minore di un angolo retto. Esistevano pure in lieve grado adduzione e rotazione interna. Insellatura lombare notevolissima. Ad ammalato sveglio, e sotto la narcosi era possibile soltanto esagerare la flessione.

Il tentativo dell'estensione anche sotto la narcosi riesciva infruttuoso. L'infermo non avvertiva dolore se i movimenti erano limitati.

Il taglio delle parti molli fu fatto alla Langenbeck. Le parti molli vennero distaccate dall'osso e dalle porzioni di femore che si mantenevano cartilaginee, mediante gli scollatori del periostio. Riescì difficile la denudazione dell' osso, causa la poca mobilità del capo articolare, che non fu possibile lussare tanto era profondamente ed intimemente incastonato nell' acetabolo. Nell' articolazione non fu riscontrata che la sinoviale ingrossata: le ossa e le cartilagini erano sane.

Collo scalpello si incise il collo del femore, e la testa che rimase distaccata dal resto dell' osso fu tolta a pezzi colla sgorbia e colla leva di Langenbeck. Per mezzo della sgorbia si andò togliendo a poco a poco dal resto dell'osso delle porzioni di questo fino a che non si vide possibile porre l' arto in buona direzione, il che si ottenne quando la resezione giunse sulla linea intertrocanterica. Fu allora arrotondata l' estremità del femore e foggiata a capo articolare che venne introdotto nella profonda cavità dell' acetabolo. La cartilagine epifisaria non fu asportata. Drenaggio e sutura. Estensione permanente e cuscino sotto le natiche.

Fino ad oggi (5ª giornata) il decorso post-operatorio è buono: l'infermo si lagnò di dolori nei primi tre giorni, ed ha avuto solo qualche decimo sopra i 38 in 3ª e 4ª giornata. L' arto è in buonissima direzione; l' insellatura lombare è quasi scomparsa.

72. — Andreoli Dina, di Bologna, di 22 Anni, Lav. Dom.

Seno fistoloso al lato interno e superiore della coscia destra da necrosi di porzione della branca discendente del pube.

Asportazione del sequestro. Escisione della parete del seno fistoloso (24 marzo 1890).

Guarigione.

73. — Salvatori Emma, di Bologna, di anni 26, Lav. Dom.

Infiltrazione tubercolare del connettivo sotto cutaneo e perimuscolare della regione interna ed anteriore della coscia destra nella sua metà superiore.

Larghe incisioni profonde alla regione interna ed all' anteriore della coscia. Asportazione delle masse tubercolari. Drenaggio e sutura (10 novembre 1889).

Guarigione.

L' inferma fu l' anno primo operata di laparatomia per ascesso pelvico da Morbus Pott. (Vedi Oss. N.28) È stata accolta nell' ospedale nuovamente perchè le fosse tolta una tumefazione alla parte alta ed interna della coscia. La circonferenza della coscia in corrispondenza della tumefazione è notevolmente aumentata. Nella regione affetta alla palpazione si avverte una resistenza notevole: si ha la sensazione di un tumore solido, molto duro, che imbriglia fortemente i muscoli ed immobilizza la cute, la quale ha una superficie rugosa ed a grossi bernoccoli.

Eseguita un' incisione verticale sulla faccia interna della coscia, si scoprono degli ammassi di sostanza caseosa molto densa, raccolti in mezzo alle maglie del connettivo e che si estendono fra i muscoli fino profondamente verso l' osso. L' asportazione di queste masse tubercolari è fatta

colle dita od a piena mano. Una incisione longitudinale nella superficie anteriore della coscia sulla parte bassa del suo terzo superiore rende più facile l' asportazione delle porzioni più esterne e profonde degli ammassi di infiltrazione tubercolare.

Elevazione febbrile serotina (38-38½) nella prima settimana, poi temperatura normale. I tubi a drenaggio vengono tolti un mese dopo l' operazione. Un mese e mezzo dopo occlusione completa.

74. — Cacciari Giovanni, di Granarolo, di anni 12.

Seni fistolosi alla regione interna ed inferiore della coscia destra da necrosi di porzione della diafisi del femore.

Asportazione del sequestro (26 luglio 1890).

In via di guarigione.

75. — Gianelli Giuseppe, di Città di Castello, di 23 anni. Possidente.

Tubercolosi della colonna vertebrale. Ascesso da congestione alla fossa iliaca sinistra ed alla regione anterointerna della coscia fino al ginocchio.

Incisioni multiple e drenaggio. (17 maggio 1890).

Uscì dall' Ospedale il giorno 2 giugno molto migliorato (i tubi a drenaggio erano tuttora in posto).

76. — Fariano Giuseppina, di Torino, d' auni 56.

Epitelioma recidivato alla cute della gamba destra. Degenerazione neoplastica delle glandule crurali ed inguinali dello stesso lato.

Amputazione col metodo circolare al terzo inferiore della coscia. Asportazione delle grandule degenerate (10 ottobre 1888).

Guarigione.

77. — Zavoli Egidio, di Molinella, di anni 56, birocciaio.

Frattura del condilo interno del femore sinistro. La frattura e la cavità articolare sono in comunicazione coll' esterno mediante una larga lacerazione delle parti molli alla regione interna ed inferiore della coscia. Frattura comminutiva aperta dell' alluce destro.

Accurata disinfezione endoarticolare e delle superficie di frattura. Riduzione della frattura. Drenaggio della cavità dell' articolazione. Sutura profonda muscolo-aponeurotica e sutura dei lembi cutanei. Disarticolazione metatarsofalangea dell' alluce destro (24 maggio 1889).

Guarigione.

L' infermo ha molto limitato il movimento di flessione del ginocchio sinistro.

78. — Mazzanti Antonio di Bologna, di 6 anni, scolaro.

Ascesso tubercolare al lato interno posteriore del ginocchio, molto probabilmenre da affezione della borsa sierosa del muscolo gemello interno.

Spaccatura ed escisione completa della parete dell' ascesso (30 gennaio 1890).

79. — Gottelini Enea, di Molinella, di anni 24, cameriere.

Sinovite tubercolare del ginocchio destro.

Resezione dell' articolazione con incuneamento alla Durante; (taglio in croce della cute). Incisione della sinoviale (7 maggio 1890).

Qualche giorno dopo l' operazione incomincia un lungo periodo di suppurazione nella regione operata. Spesso temperatura elevata la sera. Tali condizioni persistono per un mese circa, poi l' infermo va migliorando: la febbre

cessa completamente. Sono però tuttora aperti i seni lasciati dai tubi a drenaggio e la consolidazione fra le superficie resecate non è ancora completa.

80. — Testoni Vincenzo, di anni 4.

Ginocchio valgo a sinistra. L' angolo esterno del ginocchio misura 100° circa: l' angolo della base del ginocchio (secondo Mikulicz) 50°.

Osteotomia lineare del femore alla Macewen (28 ottobre 1889).

Guarigione. — (Un lieve grado di spostamento all' esterno della gamba sulla coscia persiste quando il piccino si appoggia sui piedi, causa la rilassatezza della porzione interna della capsula e dei legamenti del ginocchio).

81. — Filoni Umberto di Cento, di anni 12, scolaro.

Seni fistolosi alla regione esterna del ginocchio destro; osteomielite tubercolare del capo del perone. Ascesso tubercolare al poplite.

Resezione del estremo superiore del perone. Escisione e raschiamento delle pareti degli ascessi e dei seni fistolosi. Drenaggio nella regione del poplite (28 agosto 1889).

Guarigione.

82. — Fornicola Michele, di Savignano, di anni 30, Calderaro.

Osteite condensante e periostite suppurativa della tibia sinistra; osteomielite delle ossa del tarso pure a sinistra.

Amputazione al terzo superiore col lembo esterno alla Sédillot (22 marzo 1890).

Guarigione.

83. — Trippa Armando, di Bologna, di anni 18, studente.

Osteomielite tubercolare dei due ultimi metatarsi del piede sinistro. Infiammazione flemmonosa al dorso ed alla pianta del piede.

Amputazione osteoplastica alla Pirogoff (20 maggio 1890).

Affezione tubercolare delle ossa e delle parti molli dell' estremità del moncone.

Amputazione al terzo superiore della gamba sinistra col taglio circolare delle parti omlli (10 luglio 1890).

Guarigione.

Venne mandato alla Clinica con una profonda infiammazione flemmonosa di tutto l' avampiede sinistro, la quale si era impiantata su tessuti affetti da lesione tubercolare Pare che il flemmone seguisse ad iniezioni sottocutanee di una soluzione di Catramina. Febbre alta 40°, 40°,5.

Si procedette all' amputazione d' urgenza col processo Pirogoff. Qualche tempo dopo tumefazione tubercolare dell' estremità inferiore delle ossa della gamba e del calcagno.

Dopo avere tentato inutilmente il raschiamento delle parti affette sotto la narcosi cloroformica, si eseguì l' amputazione della gamba al terzo superiore.

Decorso asettico della ferita: in 20 giorni riunione completa.

84. — Zocca Raffaele, di Bologna, d' anni 40, canepino.

Dilatazione varicosa di tutte le vene del territorio delle grande safena nell' arto sinistro. Ulcera cronica alla regione malleolare interna.

Asportazione della maggior parte delle vene dilatate (12 luglio 1890).

Guarigione.

La stagione eretta riesciva all' infermo molto dolorosa a causa della sensazione di punture vive e profonde che

avvertiva su tutta la superficie della gamba e del piede; la gamba si tumefaceva notevolmente per l' inturgidirsi dei rami della safena, che la coprivano quasi intotalità. Da mesi alla regione malleolare interna esisteva pure una larga piaga ribelle ad ogni cura. — Fu eseguita lungo la direzione della grande safena sulla regione interna della coscia e della gamba una lunga incisione fino al malleolo. Vennero preparati due ampi lembi cutanei e sollevati l' uno innanzi e l' altro posteriomente. Fu scoperta così circa la metà interna della superficie totale della gamba e le vene varicose che si erano andate man mano isolando furono escise, previa legatura dei rami laterali. La grande safena fu asportata fino a metà coscia. I lembi cutanei furono nuovamente rovesciati sulla vasta soluzione di continuo e suturati.

Per rendere meno lungo l' atto operatorio, la preparazione delle vene e l' escisione delle stesse fu pure in parte praticata dal Dottor *Rodolfo Berti*, Assistente della Clinica.

Decorso post-operatorio buono: nessun disturbo di circolo, lieve elevazione di temperatura alla sera dei primi giorni. Si mortifica una piccola parte del bordo del lembo posteriore. La piaga in 15ª giornata era completamente cicatrizzata. L' infermo tiene ora l' arto in posizione verticale senza avvertire disturbo. I bordi del taglio sono completamente riuniti.

85. — Cattani Ninfa, di Budrio, di anni 53, lav. dom.

Grave distorsione dell'articolazione tibio-perono-astragalea destra. Frattura per strappamento del malleolo esterno. Ferita lacero contusa delle parti molli della regione malleolare esterna, e comunicazione ampia della cavità articolare coll'esterno.

Accurata disinfezione endoarticolare della superficie della frattura.

Riduzione della frattura e sutura al catgut del malleolo col frammento del perone. Occlusione completa della soluzione di continuo della cute (30 maggio 1888).

Un mese e mezzo dopo la consolidazione ossea era completa: la rigidità articolare fu vinta col massaggio.

86. — Negrini Alessandro, di Bologna, di 12 anni, scolaro.

Seni fistolosi alla regione malleolare interna sinistra da affezione tubercolare delle parti molli.

Spaccatura dei seni e raschiamento (19 febbraio 1890).

Esce il giorno 21 giugno 1890 dall'Ospedale molto migliorato: resta solo un sottile seno fistoloso dal quale geme pochissimo pus.

87. — Nicoli Antonio, di Ravenna, di anni 56, macchinista

Vasta ferita lacero contusa a lembo alla regione plantare sinistra.

Una buona porzione del lembo si mortifica, e resta un'ampia soluzione di continuo, che viene coperta mediante gti innesti epidermici alla Thiersch (12 gennaio 1890).

Guarigione.

88. — Simoni Giordano, di Bologna, di anni 17, meccanico.

Osteomielite tubercolare delle falangi e delle parti molli dell' alluce sinistro.

Disarticolazione metatarso falangea (giugno 1890).

Guarigione.

10 Agosto 1890.

Visto
IL DIRETTORE
COSTETTI